UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1914 — N° 412

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

L'Hémianesthésie au cours de l'Hémiplégie droite avec Aphasie

PAR

Luis F. MONTES de OCA

NÉ A AZUA (RÉP. DOMINIC.) LE 6 JUILLET 1877

Président : M. le Professeur ACHARD

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI°)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD, WIDAL
Pathologie médicale	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER, DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, RECLUS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantine	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		REITERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON ANCIEN MAITRE
MONSIEUR EMILIO PRUD'HOMME

A MON AMI
MONSIEUR ENRIQUE DESCHAMPS

A MES PARENTS ET AMIS

51468

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DES SCIENCES

A MONSIEUR LE Dr FOIX

Qui nous a inspiré l'idée de ce travail et nous a encouragé dans son accomplissement.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TH. ACHARD

Professeur à la Faculté de Médecine

Médecin de l'Hôpital Necker

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Nous lui adressons nos plus sincères remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre Thèse.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Bien que les hémianesthésies d'origine cérébrale et l'étude clinique de l'aphasie aient été, dans ces temps derniers, l'objet de travaux nombreux et importants, il ne semble pas que l'association de l'un et de l'autre symptômes ait spécialement attiré l'attention des auteurs.

Cela tient peut-être à ce que, dans l'étude des hémianesthésies, la question de leur localisation a toujours paru de beaucoup la plus importante, et que, dans l'étude de l'aphasie, le trouble de la fonction du langage a été presque toujours considéré isolément en dehors des troubles somatiques (hémiplégie, hémianesthésie, hémianopsie) qui si fréquemment l'accompagnent.

Mais s'il existe un symptôme aphasie et des syn-

dromes aphasiques, en clinique, il faut étudier les aphasiques, et ceux-ci, comme nous pensons l'établir plus loin, présentent des troubles de la sensibilité avec une fréquence spéciale.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons trouvé qu'un travail publié dans la « Revue neurologique » par M. Foix qui se rattache exactement à cette question. Nous reproduirons plus loin ses observations et nous analyserons ses conclusions qui sont également celles auxquelles nous ont conduit nos recherches.

Nous avons trouvé également dans la thèse de M. Long une dizaine d'observations du même genre que nous reproduirons aussi. Nous pensons que cet ensemble, joint aux observations de M. Foix et aux nôtres, suffiront à démontrer la fréquence de cette association, sans qu'il nous soit nécessaire de réunir des observations éparses dans la littérature ou publiées dans les mémoires plus anciens sur les hémianesthésies d'origine cérébrale.

Nous diviserons cette étude en trois parties de longueurs inégales ;

1° Historique de l'évolution des idées sur l'hémianesthésie d'origine cérébrale et conception actuelle des auteurs ;

2° Hémianesthésie au cours de l'hémiplégie droite avec aphasie ;

3° Fréquence de cette hémianesthésie, ses caractères spéciaux, les considérations pathologiques auxquelles elle prête.

CHAPITRE II

Hémianesthésie d origine cérébrale

Historique et Conception actuelle des Auteurs

On s'accorde aujourd'hui à reconnaître deux variétés d'hémianesthésie d'origine cérébrale :

1° Une variété corticale due à la destruction des centres sensitifs.

2° Une variété centrale due à la destruction de la voie sensitive intra-cérébrale ou de son relai thalamique.

Chacune d'elle comporte son historique séparé.

Hémianesthésie d'origine centrale

Les premiers auteurs qui s'en occupèrent admirent l'existence d'un sensorium commun où les impressions sensitives étaient perçues par la conscience et devenaient ensuite susceptibles d'être réfléchies en divers sens. La majorité des auteurs français admettaient avec Longet, Bouillaud, Serres, Vulpian, la localisation protubérantielle de ce centre perceptif, cependant que d'autres auteurs, en particulier les auteurs anglais, faisaient remonter ce centre perceptif jusqu'à la couche optique et y localisaient le sensorium commun. Parmi ces auteurs, Jackson et Luys sont particulièrement intéressants à connaître, parce qu'ils ont, les premiers, apporté des observations avec autopsie d'hémianesthésie d'origine thalamique.

C'est à ce moment que s'ouvre, avec les travaux de Charcot, la deuxième période tout entière dominée par la doctrine du carrefour sensitif.

Charcot avait bien vu que la localisation thalamique ne suffisait pas à expliquer les syndromes hémianesthésiques, et en particulier que ces syndromes pouvaient être produits par des lésions plus haut placées. Il était ainsi conduit à penser que les fibres sensitives devaient se rendre jusqu'à l'écorce, dont Fritsch et Hitzig venaient précisément de démontrer les fonctions motrices.

La question de l'hémianesthésie le préoccupait

d'autant plus, qu'il étudiait à ce moment l'hémianesthésie des hystériques. Cette préoccupation le conduisit au sujet de l'hémianesthésie organique à deux erreurs qui lui rendirent plus difficile l'interprétation des faits.

La première fut d'admettre l'identité symptomatique de l'hémianesthésie organique faisant de toutes deux une hemianesthésie sensitivo-sensorielle.

La seconde fut de penser que cette hémianesthésie s'accompagne d'embyopie et de méconnaître ainsi l'hémianopsie d'origine cérébrale.

Malgré cela, Charcot établit deux faits cliniques importants : 1° l'association fréquente de l'hémianesthésie d'origine centrale et de l'hémichorée ; 2° l'existence en pareil cas d'un foyer situé à la partie postérieure de la capsule interne dans ce qu'il appela le carefour sensitif.

Charcot pensait en effet que se réunissaient en ce point les voies sensitives et sensorielles, seule façon d'expliquer le caractère sensitivo-sensoriel des hémianesthésies qu'il observait chez les hystériques.

La localisation Indiquée par Charcot ne semble pas exacte puisque, l'on tend aujourd'hui à rattacher à la couche optique la plupart des hémianesthésies centrales. Elle est cependant proche de la vérité dans l'espace, tout d'abord, en raison de la juxtaposition de la région indiquée par Charcot et de la partie de la couche optique frappée par les hémianesthésies, et aussi, dans l'interprétation puisqu'elle admet pour la première fois l'existence dune hémianesthésie d'origine sous-corticale.

Cette théorie de Charcot, dite du « carefour sensitif », fit l'objet d'un grand nombre de thèses et de travaux de ses élèves. Citons les thèses de Virenque, Veyssière, Gilbert Ballet, Lafforgue, les communications de Pitres et de Pierret, les thèses d'agrégation de Lépine et de Rendu.

Parmi ces auteurs, Veyssière réussit le premier à déterminer une hémianesthésie expérimentale, mais les lésions ainsi produites étaient complexes.

Dans ces temps derniers, la tendance générale est d'attribuer à la couche optique l'hémianesthésie dite « capsulaire » Les recherches de Probst, de Monakoff, de Ramon y Cajal, de Déjerine montrant la terminaison du ruban sensitif dans cette organe, les faits cliniques de Déjerine et Long, de Roussy plaident en faveur de cette hypothèse. L'hémianesthésie ferait donc ainsi partie du syndrôme thalamique bien étudié dans la thèse de Roussy.

L'on trouvera cette évolution des idées exposées dans la thèse récente de Brécy.

Hémianesthésie d'origine corticale

C'est Tripier qui établit le premier l'existence des fonctions sensitives de l'écorce. Il observa que l'ablation du gyrus sygmoïde chez le chien, détermine des troubles sensitifs accompagnés de troubles moteurs qui ne sont pas la conséquence les uns des autres. Tripier admit qu'il y avait là une zone sensitivo-motrice où se trouvaient réunis les deux fonctions.

Avant lui, d'autres auteurs, notamment Schiff et Munk, avaient pour expliquer l'excitabilité électrique de l'écorce, admis que cette excitabilité était d'origine sensitive et secondairement seulement motrice.

Avant lui, les cliniciens discutaient sur la localisation corticale de la sensibilité, un certain nombre d'entre eux pensant avec Nothnagel qu'elle était localisée dans le lobe pariétal.

A la suite des travaux de Tripier, la tendance générale fut d'admettre la superposition des zones sensitives et motrices. On trouve l'écho de ces tendances dans les publications de Dana, de Henschen, de Déjerine.

Cette hypothèse ne nous paraît plus aujourd'hui si démontrée. Déjà Sachs, Redilich localisaient les centres sensitifs un peu en arrière des centres moteurs. Ces données basées sur la clinique ont trouvé leur confirmation dans les travaux expérimentaux de Grünbaum et Sherrington, Brodmann, Vogt etc.,

dans les recherches histologiques de Kolmer, Brodmann, Campbell, dans les études anatomo-pathologique de Probst, Campbell, Rossi et Roussy.

Ces auteurs ont démontré que l'écorce de la frontale ascendante, est en réalité la seule motrice. En effet :

1° L'excitation électrique détermine des mouvements beaucoup plus forts sur la frontale ascendante que sur la pariétale ascendante. Celle-ci n'a qu'une excitabilité par diffusion et si on la sépare par une incision de la frontale ascendante son excitabilité se trouve supprimée, la diffusion n'existant plus.

2°. La structure histologique de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante est différente. Seule la frontale ascendante présente des grandes cellules pyramidales dites « cellules de Betz » auxquelles on s'accorde aujourd'hui à attribuer la fonction motrice.

3° Dans la sclérose latérale amyotrophique les fibres pyramidales dégénérées aboutissent toutes à la frontale ascendante.

Ainsi donc, en ce qui concerne l'hémianesthésie d'origine corticale, on peut tenir aujourd'hui comme très probable qu'elle trouve sa localisation principale dans les lésions de la pariétale ascendante, la frontale ascendante étant avant tout motrice et l'ablation des deux circonvolutions déterminant comme l'avait démontré Tripier, des troubles de la sensibilité associés aux troubles de la motilité.

Il est cependant possible que la sphère sensitive

déborde plus ou moins dans les deux sens et surtout en arrière sur le lobe pariétal.

Ces notions ne sont pas indifférentes à l'étude de l'hémianesthésie au cours de l'hémiplégie droite avec aphasie. Elles montrent en effet, la valeur localisatrice de cette hémianesthésie en la localisant à la partie antérieure cu lobe pariétal. Il en résulte que toute aphasie avec hémianesthésie soit déterminée par une lésion, frappant en même temps la partie antérieure de ce lobe.

De même l'étude de l'hémianesthésie chez les aphasiques n'est pas indifférente à cette question de localisation de l'hémianesthésie. Dans les aphasies de Wernické pures sans hémiplégie, localisées par conséquent très a arrière, ces troubles sensitifs n'existent ordinairement pas.

En résumé, si nous essayons de condenser en quelques lignes l'opinion actuelle des auteurs au sujet des hémianesthésies d'origine cérébrale, nous voyons qu'ils admettent :

1° Une hémianesthésie d'origine centrale, que la plupart d'entre eux rattachent aux lésions de la couche optique et qui seraient surtout marquées pour d'autres lorsque ces lésions débordent sur la partie postérieure de la partie interne (hémianesthésie thalamo-capsulaire).

2° Une hémianesthésie d'origine corticale, dans la pathogénie de laquelle, la destruction de la pariétale ascendante semble jouer le principal rôle.

Il est vraisemblable que la destruction des fibres sensitives amenant les sensations jusqu'à l'écorce peut également déterminer des hémianesthésies sous-corticales.

CHAPITRE III

Hémianesthésie au cours de l'hémiplégie droite avec aphasie

Nous allons essayer de mettre successivement en lumière au cours de ce chapitre : 1° la fréquence, et 2° les caractères de l'hémianesthésie au cours de l'hémiplégie droite avec aphasie. Nous tacherons de voir ensuite quelles sont les modalités de l'aphasie qui s'accompagnent le plus volontiers d'hémianesthésie.

Il est toutefois absolument nécessaire avant d'aborder cette étude d'indiquer quelle est la technique que nous avons employée pour mettre en lumière cette hémianesthésie.

Il est en effet relativement fréquent chez les anciens hémiplégiques d'observer des troubles minimes de la

sensibilité, soit que le malade accuse spontanément ou après interrogatoire des différences dans la qualité et dans l'intensité de la sensation produite suivant le côté examiné, soit que l'on trouve des différences objectives par les méthodes délicates, telle que la recherche de la sensibilité par le compas de Weber.

Il est cependant fort difficile de se mettre complètement à l'abri dans l'analyse de ces différences de perception de l'auto-suggestion du malade. Il est d'ailleurs également difficile chez un malade aphasique d'obtenir de pareils renseignements et l'examen au compas de Weber, est en particulier, dans la majorité des cas, impossible.

Nous nous en sommes donc tenus à la technique suivante : le malade ayant les yeux bandés, on le prie d'annoncer par un signe les sensations de contact par lui perçues, et l'on effleure à l'aide d'un pinceau les diverses parties de son corps.

Nous avons tenu pour hémianesthésiques, les malades qui, dans ces conditions, annonçaient les touches du côté gauche et ne les annonçaient pas du côté droit.

La recherche de la sensibilité à la piqûre a été faite dans les mêmes conditions. Elle est facile à mettre en lumière chez les aphasiques ainsi que la sensibilité au tact.

Par coutre, il n'est pas toujours possible d'étudier la sensibilité à la chaleur et les diverses sensibilités profondes : notion de position, de poids, sensibilité osseuse. Ces recherches ont été faites, et les résultats

en sont indiqués dans tous les cas où il nous a été possible d'en tirer des conclusions nettes.

Quand au sens stéréognostique, il est particulièrement délicat à mettre en lumière, étant donné l'intensité des phénomènes hémiplégiques chez ces malades.

Dans la majorité des cas, en effet, il serait difficile d'établir ce qui, dans la reconnaissance des objets appartient aux troubles de la sensibilité et ce qui appartient aux troubles de la motilité. Il nous faudrait en outre tenir compte des troubles d'identification (asimbolie, agnosie), qui ont été signalés par les auteurs et que l'on peut supposer être, au cours d'aphasie, particulièrement développés.

L'ensemble de ces recherches, malgré les difficultés de leur interprétation, a été cependant faite, dans les cas où il nous a été possible. Nous en donnerons plus loin les résultats.

Les explications qui précèdent montrent cependant pourquoi nous avons pris pour critérium de l'hémianesthésie chez les aphasiques, la recherche de la sensibilité à la piqûre et au contact.

Fréquence de l'hémianesthésie au cours de l'hémiplégie droite avec aphasie

On ne trouve dans les auteurs que peu de documents sur ce sujet. Cette fréquence n'est notamment pas étudiée dans les articles récents et anciens des traités français de médecine, ni dans ie traité allemand de Von Monakow.

Dans le travail de M. Foix, que nous avons déjà cité, on trouve les chiffres suivants : sur un total de 18 cas d'aphasie examinés à ce point de vue, l'examen était impossible dans 4 cas par suite de l'état intellectuel des malades. Sur les 14 cas restants, 10 malades présentaient, dans des conditions d'examens analogues aux nôtres, une hémianesthésie plus ou moins généralisée. Les 4 autres malades ne présentaient pas de troubles évidents de la sensibilité.

Nous n'avons pas trouvé, dans les autres travaux consacrés aux hémianesthésies d'origine cérébrale, de statistique analogue. Les thèses déjà citées de l'école de Charcot ont surtout trait aux hémianesthésies d'origine capsulaire.

Dans un certain nombre d'entre elles, on trouve des observations d'hémianesthésies, d'origine nettement hystérique, qui empêchent de faire un calcul de proportion. Cette objection ne s'applique pas aux travaux plus récents de Redlich, Aba, Bourdicaud-Dumay. Mais il est difficile de se rendre compte,

parmi les observations présentées, de la proportion d'aphasiques qui ont des troubles de la sensibilité.

Il en est de même des travaux de Muller, où l'on trouve plusieurs observations d'hémiplégie avec hémianesthésie chez les aphasiques, mais qui ne comportent pas un nombre suffisant de cas pour établir une proportionnalité.

Par contre, on trouve, dans le travail de M. Long, un grand nombre d'observations concernant les aphasiques. Ces observations sont divisées en deux groupes : hémiplégie ancienne sans troubles de la sensibilité ; hémiplégie ancienne avec troubles de la sensibilité. Le grand nombre des cas d'aphasiques étudiés dans ce travail permet de penser que l'auteur a dû examiner, à ce point de vue, tous ceux qu'il lui a été possible d'étudier. Il est donc, dans une certaine mesure, possible d'établir, par l'analyse de son travail, une statistique sur le nombre d'aphasiques ayant des troubles sensitifs. Nous trouvons ainsi, abstraction faite d'un cas dont l'aphasie n'a duré que trois jours, et qui ne s'accompagnait pas d'hémianesthésie, et de deux autres cas où elle dura respectivement six et quinze jours et où il eut hémianesthésie, dix-neuf cas d'aphasiques étudiés au point de vue de la sensibilité.

Sur ces dix-neuf cas, 13 présentaient une hémianesthésie persistante et 6 n'en présentaient pas.

Cette proportion, 13 sur 19, est évidemment très analogue à la proportion de 10 sur 14 indiquée dans le travail de M. Foix ; elles donnent respectivement

71,4 o/o pour M. Foix et 68,4 pour M. Long, d'aphasiques ayant présentés des troubles persistants de la sensibilité. C'est à une proportion analogue (6 cas sur 9, soit 66,6 o/o des cas) que nous ont conduit nos recherches personnelles. On peut donc admettre, grosso modo, qu'il existe de l'hémianesthésie un peu plus de 2 fois sur 3 chez les aphasiques. C'est là une proportion tout à fait considérable, si l'on tient compte du nombre relativement faible de cas dans lequel il est possible de mettre en lumière des troubles identiques au cours de l'hémiplégie banale.

Quant à l'interprétation qu'il convient de donner de cette fréquence de l'hémianesthésie chez les aphasiques, nous pensons qu'il serait tout à fait erroné de croire qu'il y a là un trouble de la perception partiellement imputable à l'aphasie. Le fait que ces troubles de la sensibilité siègent exclusivement d'un côté, et précisément du même côté que l'hémiplégie, nous paraît, au contraire, démontrer qu'ils sont en rapport avec le siège et l'importance de la lésion.

Si donc il est fréquent d'observer de pareils troubles sensitifs chez les malades, à la fois hémiplégiques et aphasiques, c'est que l'importance et la localisation des lésions nécessaires pour déterminer l'hémiplégie droite avec aphasie, sont en même temps suffisantes pour entraîner des troubles hémianesthésiques. Ce sont là des points importants sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Caractères de l'hémianesthésie au cours de l'hémiplégie droite avec aphasie

L'hémianesthésie des aphasiques est une hémianesthésie assez légère, semblable en cela aux hémianesthésies organiques d'origine cérébrale. Elle est facile à mettre en lumière à l'aide du pinceau, de l'attouchement léger avec le doigt, ou de la piqûre à l'épingle, mais la pincée, la piqûre profonde, le contact brutal, sont généralement perçus par les malades. Aussi arrive-t-il souvent que spontanément le malade vous déclare qu'il sent aussi bien d'un côté que de l'autre. Il ne faut donc se baser que sur l'examen objectif pour affirmer l'existence ou l'absence des troubles sensitifs chez ce malade.

C'est là une première cause d'erreur facile à éviter.

Une deuxième cause d'erreur, réside dans la difficulté même de l'examen. Il est évident que chez ces malades, en raison de leur état intellectuel et de leur difficulté d'expression, l'hémianesthésie demande à être recherchée avec une certaine patience et une certaine minutie. Il ne faudrait pas s'exagérer cependant ces difficultés d'examen. Une fois que le malade a bien compris ce qu'on attend de lui, on est au contraire étonné, étant donné les difficultés ordinaires de ces recherches des troubles sensitifs, de voir la précision et la rapidité des réponses des aphasiques qu'ils expriment par oui et non ou par un signe.

L'aphasique est un malade de bonne volonté toujours heureux de faire preuve de la conservation relative de son intelligence.

L'hémianesthésie chez les aphasiques est une hémianesthésie persistante. On trouve dans le travail de M. Foix deux cas où elle remonte à 20 ans. On en trouve un dans la thèse de M. Long ou les troubles remontent à 30 ans. Nous en avons observé nous-mêmes un cas où elle remonte à 31 ans. Ce cas a été observé 15 ans auparavant par M. Long et il est intéressant de noter que dans l'intervalle, les troubles sensitifs n'ont subis aucune amélioration.

Sa durée varie dans les autres cas entre 3 et 15 ans. Nous n'avons pas tenu compte des cas où elle nous a paru trop récente pour qu'on ne put affirmer son caractère d'hémianesthésie persistante.

Sa *topographie* est, au dire de M. Foix, assez variable. Cet auteur en distingue à ce point de vue trois types.

Dans un premier type, répondant aux cas les plus marqués, elle frappe la face, le tronc, les membres.

Dans un second type, le tronc et les membres sont touchés, la face est seule indemne. Cette intégrité de la face s'observerait dans la moitié des cas.

Dans un troisième type, un membre ou un segment de membre conserve sa sensibilité. Il s'agit dans tous les cas observés par cet auteur du membre inférieur. Cette anomalie s'observerait dans presque un tiers des cas.

Enfin il est possible de voir des troubles sensitifs

limités à un seul membre, une sorte de monoplégie sensitive s'accompagnant d'une prédominance marquée de la paralysie sur ce membre.

Nos recherches sur ces points confirment celles de cet auteur. Cependant nous avons observé surtout le type hémianesthésique atteignant la face, le tronc et les membres qui existaient dans 4 de nos 6 cas.

La face était indemne dans 2 de nos cas, et le membre inférieur partiellement respecté dans 1 d'entre eux.

L'intensité de l'hémianesthésie suit ordinairement les lois de l'hémianesthésie d'origine cérébrale, c'est-à-dire qu'elle va progressant depuis la racine jusqu'à l'extrémité du membre.

Cette règle comporte cependant quelques exceptions et nous avons observé comme M. Foix des cas où le membre inférieur étant relativement indemne, il existait des troubles sensitifs au niveau de la cuisse et non pas au niveau de la jambe et du pied. Pour cet auteur, il serait vraisemblable de supposer qu'il s'agit en pareil cas d'un foyer respectant les centres sensitifs au niveau de l'extrémité supéro-interne de la pariétale ascendante et ne coupant pas leurs fibres de projection. Cette hypothèse, qu'il a vérifiée dans un cas avec autopsie, nous paraît assez vraisemblable.

L'intégrité de la partie supérieure de la pariétale ascendante est d'ailleurs de règle dans les foyers d'origine sylvienne, et il est vraisemblable que les troubles sensitifs, quand il en existe au niveau du membre inférieur, sont dûs à la section des fibres dans

leur trajet vers ce centre. Il est par conséquent probable, et relativement intéressant, que cette hémianesthésie respectant l'extrémité inférieure est dûe à des foyers pénétrant au moins en profondeur autant que l'hémianesthésie frappant tout le côté hémiplégique.

L'hémianesthésie des aphasiques prédomine sur le tact, peut-être parce que c'est le mode d'exploration qui permet l'examen le plus minutieux. L'intensité du trouble est, d'une façon assez générale, proportionnelle à son étendue ; de façon plus approximative, il paraît le plus souvent proportionnel à l'intensité de l'hémiplégie. Cette dernière règle comporte en effet quelques exceptions. C'est ainsi que, dans un cas de M. Long, on trouve une aphasie marquée avec hémianesthésie, s'accompagnant d'une hémiplégie légère. Cependant de telles dissociations sont rares et il y a ordinairement proportionnelité entre l'intensité des paralysies motrices et sensitives.

La sensibilité à la piqûre également touchée l'est de façon plus légère. A l'aide d'une épingle, on délimite ainsi, une zone d'hypoesthésie de topographie toujours plus restreinte que celle de l'hypoesthésie au tact.

La sensibilité *thermique* est assez difficile à rechercher chez ces malades. Dans les cas où nous avons pu l'explorer, elle nous a paru peu touchée. Presque toujours les troubles nets étaient limités à l'avant-bras et à la main.

La sensibilité *profonde* est également beaucoup moins touchée que la sensibilité superficielle au tact.

La sensibilité *osseuse au diapason* était, autant qu'on en pouvait juger, conservée chez tous nos malades, et à peu près identique d'un côté à l'autre.

Quand à la sensibilité *à la pression*, il nous a été impossible, en raison des difficultés de l'examen, de rechercher la valeur de la notion de poids chez ces malades.

Quand au sens *musculatre* et au sens des *attitudes*, ils sont, dit M. Foix, peu touchés, autant qu'il est possible d'en juger. Tous les malades susceptibles de comprendre ce qu'on attendait d'eux, mettaient leurs membres sains dans des positions sensiblement identiques à celles qu'on avait passivement données à leurs membres malades. Ils ne faisaient pas d'erreur nettes sur la position de leurs jambes ou de leurs orteils. Un seul cependant a commis de nombreuses erreurs.

Nous avons observé également cette intégrité relative de la notion de position qui paraissait assez nette dans un de nos cas, et nous devons dire que le plus souvent il s'agit là d'une recherche très mal aisée chez les aphasiques et qu'il est difficile de poser une conclusion ferme.

Enfin, l'on observe chez tous ces malades, une abolition complète du sens stéreognostique. La plupart d'entre eux sont trop hémiplégiques pour qu'on puisse tirer de cette constatation des conclusions extrêmement fermes. Quelques-uns cependant ont une motilité suffisamment conservée pour que l'on puisse affirmer l'origine sensitive de cette altération.

En résumé « l'hémiasthésie des aphasiques est une hémianesthésie persistante et dominant sur le tact et la reconnaissance des objets ».

Quelques points méritent encore d'être précisés.

L'hémianesthésie des aphasiques s'accompagne-t-elle d'hémiagnosie ? M. le Professeur Pierre Marie a montré que dans les jours qui suivent l'ictus, l'hémianesthéeie des hémiplégiques est une hémianesthésie hémiagnosique.

Lorsqu'on produit une impression sensitive suffisante pour qu'elle soit perçue, on voit le malade geindre, s'agiter sans chercher à porter la main à l'endroit pincé par exemple. Parfois il se gratte en un autre point ou même se plaint de douleurs auxquelles il n'attribue une autre cause de douleurs internes par exemple. Si l'on pince l'autre côté, l'on voit le malade porter immédiatement la main à l'endroit pincé

Dans un ordre d'idées analogue, Wernicke et Bonhoëffer, et en France, MM. Raymond et Egger, ont voulu voir dans la perte de la notion de localisation la caractéristique de l'anesthésie d'origine corticale.

Il ne semble pas qu'il en soit ainsi dans les hémianesthésies persistantes des aphasiques. Lorsque l'excitation est suffisante pour être perçue, le malade localise en général exactement cette excitation. L'on peut voir cependant parfois des malades commettre quelques erreurs. Il en était ainsi dans un des cas de M. Foix et dans un des nôtres. Ces erreurs ne sont d'ailleurs jamais importantes.

Il s'agit là très probablement d'une question de rééducation et il serait intéressant de rechercher comment à l'hémianesthésie hémiagnosique des premiers jours succède l'hémiipoesthésie avec localisation sensiblement exacte qui plus tard persistera.

Que faut-il penser de l'intégrité relative, de la sensibilité profonde ? On sait que M. Babinski a soutenu que l'hémianesthésie thalamo-corticale, comporte une dissociation entre les sensibilités thermiques et douloureuses d'une part et les sensibilités tactiles et profondes de l'autre, les premières étant relativement respectées ? Il nous paraît impossible d'affirmer qu'il en soit ainsi chez les aphasiques malgré que les sensibilités thermiques et douloureuses paraissent relativement moins touchées que la sensibilité tactile. Et cela pour deux raisons. La première est, qu'il et difficile chez ces malades de faire un examen suffisament minutieux pour affirmer de façon absolument positive l'existence d'une dissociation, la deuxième, est que cette dissociation, si elle existe ne semblerait pas répondre exactement à celle signalée par M. Babinski, l'atteinte de la sensibilité profonde et notamment du sens des aptitudes nous ayant paru relativement peu marquée chez nos malades.

Quels sont les symptômes que l'on peut voir associés en pareil cas à l'hémianesthésie ?

Il est exceptionnel d'observer chez eux les phénomènes douloureux signalés au cours des lésions de la couche optique. Cela peut arriver cependant : assez souvent les malades se plaignent de sensations pénibles dans leur membre hémiplégié.

Dans quelques cas, ces sensations sont suffisamment marquées pour mériter le nom de « douleur spontanée ». L'on voit alors le malade s'il ne peut parler, désigner par une mimique plus ou moins expressive son membre supérieur et les sensations pénibles qu'il y éprouve.

Nous n'avons jamais observé chez eux de mouvements choréotaxiques. Par contre, il est possible d'observer l'association d'une hémianopsie. Celle-ci a son intérêt en ce qu'elle indique le siège très postérieur de la lésion et son étendue en profondeur suffisante pour sectionner les radiations optiques.

Modalités d'Aphasie s'accompagnant d'Hémianesthésie

Il nous resterait, pour être complet, à dire quelles sont les variétés d'aphasie au cours desquelles on observe ces phénomènes hémianesthésiques.

On sait que, pour les classiques, il existe deux grandes variétés d'aphasies : l'aphasie motrice, l'aphasie sensorielle caractérisées, l'une par l'impossibilité de la parole, l'autre par la perte de la notion de la signification du mot. Le plus ordinairement, ces troubles sont associés en un syndrome mixte à prédominance d'aphasie motrice qui porte le nom « d'aphasie de Broca ». L'aphasie motrice pure est rare mais s'observe ; l'aphasie sensorielle pure, rare également, porte le nom « d'aphasie de Wernické ».

Le professeur Pierre Marie a montré que cette classification était, dans une certaine mesure, insuffisante et arbitraire. Pour lui, l'aphasie est une, comportant à la fois des troubles de la compréhension du langage et des troubles du langage parlé. L'aphasie motrice pure n'existe pas et correspond à des troubles de la parole auxquels il donne le nom « d'anarthrie ». L'association de l'anarthrie et de l'aphasie donne lieu à l'aphasie de Broca dont le type est variable suivant l'intensité plus ou moins considérable de l'un ou de l'autre de ces facteurs. L'apha-

sie de Wernické s'observe dans les cas où le facteur anarthrique est nul. Les troubles de la compréhension du langage sont en général alors très marqués et s'accompagnent d'une atteinte souvent profonde de l'état intellectuel. Cette théorie a été brillamment exposée dans la thèse de son élève Moutier.

Les malades que nous avons observés répondent tous au type de l'aphasie de Broca, sauf une qui est atteinte de l'aphasie de Wernické sans hémiplégie. Il n'existe pas, dans ce cas, d'hémianesthésie. Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de cas d'anarthrie pure.

Il est cependant possible, même dans les cas d'aphasie de Broca, de distinguer des faits où le trouble du langage parlé est prépondérant et d'autres où l'atteinte porte surtout sur la compréhension du langage.

Il ne nous a pas paru qu'il y ait entre ces cas de différence considérable.

Chez deux malades présentant une perte à peu près complète de la parole, avec conservation relativement meilleure de la compréhension du langage, nous avons trouvé des troubles hémianesthésiques. Ces troubles existaient aussi chez un autre malade dont la compréhension laissait beaucoup plus à désirer.

Il nous paraît donc assez difficile de tirer de ces faits des conclusions très fermes.

Dans son mémoire sur le sujet qui nous occupe, M. Foix n'aborde pas non plus ce côté de la question. Il note cependant, parmi les aphasiques n'ayant

pas présenté de troubles de la sensibilité, un cas d'aphasie de Broca sans hémiplégie.

Il est intéressant de rapprocher ce cas de notre cas d'aphasie Wernicke sans hémiplégie ni hémianesthésie. L'une et l'autre variété ne semblent donc pas donner d'hémianesthésie lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'hémiplégie.

Il semble donc, comme nous l'avons déjà dit, que c'est de l'intensité de cette dernière que dépend surtout l'intensité de l'hémianesthésie associée.

CHAPITRE IV

Signification pathologique de l'Hémianesthésie chez les Aphasiques

Nous avons vu, par ce qui précède, la fréquence relativement considérable de l'hémianesthésie persistante au cours de l'émiplégie droite avec aphasie.

Nous avons dit également, que cette hémianesthésie présentait les caractères d'une hémianesthésie d'origine corticale et s'associait le plus souvent à des troubles aphasiques marqués et persistants, rentrant pour l'ordinaire, dans le cadre de l'aphasie de Broca.

Pour admettre l'origine corticale de cette hémianesthésie, nous avons deux sortes de raisons : 1° des considerations pathologiques ; 2° des considérations anatomiques.

Les considérations pathologiques qui ne suffiraient pas à elles seules à entraîner la conviction complète,

sont basées surtout sur les associations de cette hémianesthésie. Nous avons vu en effet, que l'hémianesthésie d'origine cérébrale était déterminée de préférence par deux ordres de lésions : 1° des lésions corticales ; 2° des lésions centrales, siégeant plus particulièrement au niveau du thalamus. Au cas de lésion thalamique, les troubles hémianesthésiques étudiés par Déjerine et Long,Muller s'associent en un syndrôme bien exposé dans la thèse de Roussy. Ce syndrôme comporte, outre l'hémianesthésie des douleurs spontanées, une hémiplégie légère et même nulle, de l'hémiataxie et partois l'association de l'hémianopsie.

Ces caractères ne se retrouvent pas dans les troubles hémianesthésiques que l'on peut observer chez les aphasiques. Leur hémiplégie est ordinairement très marquée, il n'existe pas de douleur sauf dans des cas exceptionnels. Quand à l'hémiataxie, elle est ordinairement impossible à constater en raison de l'intensité de l'hémiplégie.

L'hémianesthésie des aphasiques ne présente donc pas les caractères des hémisnesthésies d'origine centrale thalamique. Par contre ses associations sont celles des hémianesthésies d'origine corticale. Il existe en effet, en pareil cas, une grosse hémiplégie et des troubles aphasiques, ce dernier symptôme étant presque toujours dû à des lésions de la corticalité.

Il existe parfois en pareil cas de l'hémianopsie, mais nous ne pensons pas que cette hémianopsie soit d'origine corticale. Les dimensions du foyer qui

pourrait déterminer cet ensemble symptômatique par des lésions d'ordre cortical exclusivement, sont en effet très considérables pour pouvoir se reproduire autrement que dans des cas absolument exceptionnels.

Il est plus vraisemblable que les foyers pénétrant en profondeur est venu sectionner les radiations optiques de Gratiolet. Nous n'avons pas observé anatomiquement de cas de ce genre chez des aphasiques, mais dans un cas d'hémiplégie gauche avec hémianesthésie et hémianopsie, nous avons vu que la lésion d'origine corticale pénétrait à la partie postérieure jusque vers l'épendyme, sectionnant ainsi les radiations optiques.

Des constatations anatomiques que nous avons pu faire dans un cas nous confirment dans cette opinion de l'origine corticale de troubles de la sensibilité chez les aphasiques.

Dans ce cas, qui consistait en une aphasie mixte, accompagnée d'une grosse hémiplégie avec hémianesthésie persistante, il s'agissait d'un grand ramollissement sylvien étendu depuis, en avant la troisième frontale jusqu'au pli courbe en arrière, et détruisant ainsi le centre de Broca, la moitié inférieure de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante, les deux premières circonvolutions temporales, le pli courbe et le girus supra-marginalis. Les noyaux gris centraux étaient respectés.

Il en était de même dans un cas de M. Foix, à cette différence près que dans ce cas, la sensibilité de la jambe et du pied était respectée. Le ramollissement

frappait aussi le territoire sylvien allant du pied de la troisième frontale jusqu'au pôle occipital en détruisant l'insulat, la partie inférieure du lobe pariétal, la première circonvolution temporale, le pli courbe et le gyrus supra-marginalis. Mais dans ce cas, la partie supérieure des circonvolutions pariétales ainsi que ses fibres de projections paraissaient saines, si bien que l'auteur se demande s'il n'y a pas un rapport de cause à effet entre cette intégrité et l'absence de troubles sensitifs au niveau du segment distal du membre inférieur, celui-ci ayant sa représentation corticale au-dessus de celle de la face et du membre supérieur.

Ces observations viennent donc confirmer la nature corticale de la lésion dans les faits de ce genre. C'est d'ailleurs croyons nous à cette origine corticale qu'il faut attribuer la fréquence de cette association de lhémianesthésie avec les troubles aphasiques. Les lésions qui déterminent l'aphasie, et surtout l'aphasie persistante sont en effet le plus souvent des lésions étendues en surface qui reproduisent de façon plus ou moins complète le territoire de la sylvienne. Il est compréhensible que ces lésions qui frappent presque toujours les deux centres admis par les auteurs classiques et qui détruisent en même temps la partie inférieure de la frontale ascendante déterminent en même temps une lésion des centres pariétaux de la sensibilité situés précisément entre la frontale ascendante et le centre pariéto-temporal de la paroi.

C'est là d'ailleurs que réside selon nous, l'intérêt principal de cette fréquence de cette hémianesthésie

chez les hémiplégiques aphasiques. La constatation d'une hémianesthésie en pareil cas permet en effet de prévoir l'atteinte de ce centre postérieur, tout proche ; car il est tout à fait invraisemblable de supposer qu'une lésion de la pariétale ascendante suffisamment profonde pour déterminer une hemianesthésie persistante ne diffusera pas davantage sur le lobe pariétal.

En résumé, lorsque chez un hémiplégique aphasique, on constate l'existence d'une hémianesthésie, celle-ci permet de conclure de façon très vraisemblable à l'atteinte du centre postérieur de l'aphasie.

S'il existe en outre une hémianopsie, on en peut déduire que la lésion pénètre considérablement en profondeur.

Ces constatations ont leur importance, particulièrement quand on les fait chez des aphasiques de Broca à trouble prédominant du langage parlé. Elles montrent en effet en pareil cas, du seul point de vue de la clinique, la fréquence de l'atteinte du centre postérieur de la parole au cours de cette variété d'aphasie.

Observations Personnelles

OBSERVATION I

Grosse Hémiplégie, Grosse Aphasie de Broca. — Hémianesthésie, peut-être Hémianopsie. — Autopsie. — Ramolissements sylviens infectant les noyeux gris centraux.

V..., 67 ans ménagère.

Hémiplégie droite avec aphasie, à l'âge de 48 ans.

Début pendant la nuit, s'est réveillée paralysée.

Mariée, deux filles bien portantes, 1 garçon mort à 7 ans.

Pas de syphilis avancée.

Pas de maladie mitrale.

Membre supérieur raidi en flexion, main close.

Membre inférieur en demi-flexion.

Les mouvements du membre supérieur sont presque nuls.

Ceux du membre inférieur sont très diminués de force mais possibles.

Réflexes rotuliens et achilléens abolis.

Réflexes du poignet plus forts à droite.

Signe de Babinski à droite.

Phénomène des raccourcisseurs du même côté.

Pas de douleurs spontanées dans le côté hémiplégié.

Il est impossible d'affirmer s'il existait un cas de l'hémianopsie, l'état intellectuel de la malade rendant cette recherche impossible.

Aphasie.

Compréhension du langage parlé fortement touchée.

Comprend cependant les ordres simples tels que fermez les yeux, etc., et comprend également ce que l'on attend d'elle au sujet de la recherche de la sensibilité. Se trompe ou ne comprend pas les ordres compliqués — tels que : Prenez les lunettes et replacez-les dans leur étui.

Incapable d'exécuter l'épreuve des 3 papiers.

Parole spontanée — fort réduite — dit : non, non ! Oui ! — Na, na, na ! J'peux pas dire, s'primer.

Incapable de nommer les objets qu'on lui présente.

La parale répétée est mauvaise également. Cependant elle est meilleure que la parole spontanée et la malade répète : corsage, cravail (pour cravate), entonoi, pour entonnoir, etc.

Lecture nulle.

Ecriture nulle.

Calcul nul également.

Etat intellectuel, profondément touché.

Sensibilité. — Hémianesthésie droite au pinceau sur toute la moitié droite du corps, frappant la face, le membre supérieur et le membre inférieur.

N'atteint pas tout à fait la ligne médiane au niveau du tronc.

Nettement plus marquée au niveau des extrémités (mains et pieds), manifestement la main est la plus prise.

Même topographie pour la sensibilité à la piqûre et à la chaleur.

Notion de position impossible à rechercher — en raison de l'état intéllectuel. — Sensibilité osseuse au diapason, impossible également à rechercher.

Astéreognosie complète (mais il existe une grosse paralysie interne de la main.

Sensorialité. — La malade entend bien. — Recherche de l'hémianopsie presque impossible, celle-ci paraît cependant assez probable.

Autopsie. — Cerveau droit intact.

Au niveau du cerveau gauche — grand ramollissement sylvien allant depuis la 3e frontale en avaient jusqu'au pli courbe en arrière, et détruisant ainsi le centre de Broca, la moitié inférieure de la frontale et de la pariétale ascendante, les deux premières circonvolutions temporales, le pli courbe et le gyrus supra-marginales. Les noyaux gris centraux sont respectés.

OBSERVATION II

Grosse hémiplégie. — Grosse aphasie de Broca. — Hémianesthésie. — Pas d'hémianopsie.

Pr. 65 ans.

Hemiplégie droite avec aphasie depuis 31 ans.

Début brusque par ictus.

Pas de syphilis avouée.

Pas de maladie mitrale.

Membre supérieur contracturé en flexion. Main close.

Membre inférieur contracturé en extension.

La force du membre inférieur est relativement conservée, les mouvements y sont possibles.

Du même côté :

Exagération des réflexes tendineux.

Signe de Babinski.

Phénomène des raccourcisseurs.

Pas de douleur spontanée dans le côté hémiplégié.

Aphasie.

Compréhension du langage parlé assez bonne.

Comprend les ordres simples, fermez les yeux, etc. et même les ordres un peu plus compliqués.

Ne comprend plus ou incomplètement les ordres très compliqués tels que : mettez le second doigt de votre main gauche dans votre oreille droite.

Exécute parfois les 3 papiers (longue habitude). Jamais complètement l'épreuve porte-chaise.

Parole spontanée très réduite. Ah mais ! Ah mais ! oui, oui, etc., dit cependant de temps en temps et avec grande difficulté quelques phrases courtes.

Parole répétée très mauvaise également.

Ecriture. — Arrive à écrire spontanément quelques mots très simples, son nom, canne, Paris, etc., pour les autres agraphie complète.

Lecture. — Prétend pouvoir lire et lit certainement un peu. Ne peut dire ce qu'elle a lu (aphasie). Quand on lit à haute voix et qu'elle suit, elle montre approximativement l'endroit où l'on en est, mais ne proteste pas quand on change un membre de phrase.

Calcul.— Mauvais. Capable seulement d'exécuter une addition très simple.

Etat intellectuel. — Relativement très conservé.

Sensibilité. — Hémianesthésie droite au pinceau sur toute la moitié droite du corps frappant la face, le membre supérieur et le membre inférieur. Atteint presque, sur

le corps, la ligne médiane. Prédomine nettement sur la main.

Mêmes limites pour la piqûre et le chaud et le froid. Notion de positions relativement meilleure. Pas de grosses erreurs sur la position des membres.

Astéréognosie complète. A droite le malade est incapable de reconnaître les objets, il les reconnaît immédiatement à gauche.

Sensorialité. — Entend bien, pas d'hémianopsie.

Pas de paralysie oculaire.

OBSERVATION III

Grosse hémiplégie, très grosse aphasie de Broca. Héminiasthésie, pas d'Hémianopsie.

Ra... 56 ans, employé.

Hémiplégie depuis 7 mois, début brusque par ictus nocturne, s'est réveillé hémiplégique.

Le malade est trop aphasique pour dire s'il était ou non syphilitique. Pas de lésion cardiaque orificielle.

Etat actuel de l'Hémiplégie : Grosse hémiplégie droite avec contracture modérée. La jambe est conctracturée en extension. Le malade marche difficilement en fauchant de façon très marquée. La diminution de la force est très marquée à ce niveau.

Le membre supérieur est pendant. Sa contracture est peu marquée. La main ouverte avec les 2 dernières phalanges fléchies.

A ce niveau, paralysie très marquée, mouvements presque impossibles. Perte à peu près complète de la force musculaire.

Du côté de l'hémiplégie :

Exagération des réflexes rotulien
— — achilléen
— — radial.

Clonus du pied ; Signe de Babinski ; Phénomène des raccourcisseurs.

Les réflexes sont normaux du côté sain. Le réflexe plantaire se fait en flexion. Les réflexes crémastériens sont conservés des deux côtés.

Etat de l'aphasie : très grosse aphasie de Broca.

Crompréhension de la parole. Comprend ordinairement, mais pas toujours les ordres simples. Ouvrez la bouche, fermez les yeux, tirez la langue.

Ne comprend pas les ordres plus compliqués. Est cependant capable d'indiquer par oui ou par non son métier.

Parole spontanée. Presque nulle, oui, non, bon dieu. Chante l'air de la Marseillaise, sans dire les paroles.

Parole répétée. Nulle ou presque. Quand on nomme les jours de la semaine, il compte sur ses doigts.

Lecture : A peu près nulle, reconnait quelques lettres cependant, lit correctement les chiffres au dessous de 10, (il indique avec les doigts leurs valeur).

Ecriture : Ne peut écrire son nom, commence à écrire en miroir son prénom, mais se trompe à la troisième lettre, copie correctement quelques lettres et transforme l'imprimé en cursive sur des lettres séparées.

Incapable de faire la même chose pour des mots entiers.

Calcul : Sensiblement nul. Compte avec ses doigts jusqu'à 10 mais ne peut indiquer correctement 12 ou 15 par exemple.

Intelligence : Parait très altérée. Perte complète du calcul. Le malade fait semblant de comprendre tout ce

qu'on lui dit, répond oui aux questions les plus absurde. Est incapable de demander les effets qu'il lui faut pour s'habiller.

Sensibilité : Hémianesthésie au pinceau sur toute la moitié droite du corps, face comprise.

Même chose à la piqûre et à la chaleur.

L'hémianesthésie atteint presque exactement la ligne médiane, pas tout à fait cependant.

L'état actuel du malade ne permet pas de rechercher la sensibilité vibratoire osseuse, et la notion de position.

L'astéréognosie paraît complète, mais est difficile à rechercher vu l'état intellectuel et la paralysie de la main droite.

Sensorialité. — Le malade entend bien; pas d'hémianopsie.

OBSERVATION IV

Hémiplégie très marquée. — Aphasie d'intensité moyenne. — Hémianesthésie prédominant au membre supérieur, pas d'hémianopsie.

C..., 60 ans, ménagère.

Hémiplégique depuis 3 ans.

A été prise à son travail d'un ictus avec perte de connaissance.

Pas de syphilis avouée, pas de lésion cardiaque orificielle.

Etat actuel de l'hémiplégie. — Grosse hémiplégie droite avec contracture.

Le bras est contracturé en flexion, la main close.

La jambe est contracturée en extension incomplète.

La malade ne peut marcher seule.

La diminution de la force est considérable au niveau du membre supérieur et du membre inférieur. Elle porte à ce niveau surtout sur les muscles raccourcisseurs. Au niveau du membre supérieur les muscles de la main présentent une impotence presque complète.

Exagération des réflexes rolulien et achilléen du côté hémiplégié.

Le réflexe radial est exagéré également.

Il existe du clonus du pied.

Signe de Babinski positif, phénomènes de raccourcisseurs.

Les réflexes tendideux sont normaux du côté sain.

Le réflexe plantaire se fait de ce côté en flexion.

Etat de l'aphasie.

Compréhension de la parole.

Comprend les ordres simples : ouvrez la bouche, etc., ne comprend pas les ordres compliqués.

Sur les ordres de complexité moyenne : mettez la main sur la tête, etc., échoue une fois sur deux.

Epreuve des trois papiers non exécutée.

Parole spontanée.— Prononce sans grande dysarthrie un certain nombre de phrases souvent sans grand rapport avec ce qu'on lui demande. Ah ! oui, mais non, ah ma fille, certainement, je sais bien ce que c'est. Je crois qu'il est temps.

Nomme quelques objets, est dans l'impossibilité de nommer le plus grand nombre.

Parole répétée. — Assez bonne sans grande dysarthrie.

Lecture. — Reconnait les lettres séparées. Lit de temps en temps quelques mot : porte, Paris, parfois se trompe en épelant et rétablit l'ensemble du mot correctement.

Ecriture. — Ne peut écrire les mots qu'elle épelle et qu'elle lit. Ecrit mal son nom.

Calcul. — Presque nul. Ne peut faire une addition

correcte. Se rappelle cependant assez bien sa table de multiplication.

Etat intellectuel. — Fortement touché. Est incapable d'indiquer de façon compréhensible ce qu'elle faisait. Mimique descriptive nulle. Apathie étrange et indifférence. On lui demande le nom de son mari. Elle le nomme et ajoute : je crois bien qu'il est mort. (Il n'est pas mort).

Sensibilité. — Hémianesthésie au pinceau sur la moitié droite du corps, face *non comprise.*

L'hémianesthésie est manifestement beaucoup plus marquée au niveau du membre supérieur qu'au niveau du membre inférieur. Elle est, à la main, extrêmement marquée.

La topographie est la même pour la sensibilité thermique et la sensibilité à la piqûre.

Autant que la paralysie permet de l'affirmer, le sens stéréognostique est complètement aboli.

La notion de position est meilleure. La malade indique assez bien, avec le membre supérieur sain, la position que l'on donne au membre supérieur malade. Pour les doigts, par contre, les erreurs sont constantes. Il est vrai qu'il est difficile d'affirmer que la malade se rend un compte absolument exact de ce qu'on attend d'elle.

Sensibilité osseuse au diapason. — Paraît diminuée.

Sensorialité. — La malade entend bien, pas d'hémianopsie.

OBSERVATION V

Hémiplégie très marquée, Aphasie considérablement améliorée. – Hémianesthésie prédominant au membre supérieur. – Pas d'Hémianopsie.

Ho... 58 ans, concierge.

Hémiplégique depuis 6 ans.

2 ictus à 3 ans d'intervale, tous deux à droite. Après le premier ictus, la parole, d'abord très troublée avait été partiellement recouvrée. Après le second, l'aphasie s'est installée. Elle est demeurée telle quelle pendant 1 an, puis s'est progressivement améliorée.

La malade dit que son mari l'a contaminée.

Etat actuel de l'hémiplégie. — Grosse hémiplégie droite avec contracture modérée.

La jambe est contracturée en extension. La malade marche en fauchant.

Le membre supérieur, peu contracturé, est pendant. La main ouverte avec flexion des 2 dernières phalanges sur la première.

La paralysie motrice est à ce niveau très marquée. Cependant quelques mouvements demeurent possibles.

On note une thermo-asymétrie très nette, le côté paralysé étant à la fois congestionné et refroidi par rapport à l'autre.

Du côté hémiplégié :

Exagération des réflexes rotulien, achilléen et radial.

Clonus du pied.

Signe de Babinski, phénomène des raccourcisseurs.

Les réflexes tendineux sont normaux du côté sain. Le

réflexe plantaire est douteux (pas d'extension ni de flexion nette).

Etat de l'aphasie. — Aphasie très améliorée.

Compréhension de la parole.— Comprend les ordres simples, et les ordres moyennement compliqués. Mettez la main sur la tête, sur votre oreille droite, etc.

N'échoue que sur les ordres très compliqués — Dans votre oreille droite, mettez l'index de votre main gauche. L'ordre est partiellement exécuté.

Echoue sur les trois papiers, mais exécute correctement une partie de l'ordre.

Même observation pour l'épreuve porte-chaise.

Parole spontanée.

La malade répond avec un effort visible et avec dysarthrie à la plupart des questions qu'on lui pose.

De temps en temps, un mot lui manque, ou elle en dit un pour un autre. Elle s'arrête alors, se désole ou s'irrite.

Un certain nombre d'objets sont nommés, d'autres ne le sont pas. Assez souvent dans cet exercice, intoxication par le mot.

Parole répétée. — Assez bonne, mais avec effort et dysarthrie.

Lecture. — Lit spontanément les choses simples — mais avec grand effort et sans se souvenir très bien de ce qu'elle a lu. — Echoue sur les mots écrits verticalement.

F L
E E
R S et sur les mots difficiles.
M Y
E E
Z U
X

Ecriture. — Ecrit son nom. — Copie en transformant l'imprimé en cursive. — Ecrit sous dictée et avec fautes des phrases comme : il fait beau aujourd'hui.

Calcul. — Fait une addition simple, se trompe sur une addition avec retenue, ne peut faire une soustraction.

Etat intellectuel. — Perte partielle des choses didactiquement apprises (grosses notions de géographie, calcul). Se trompait souvent dans ses courses personnelles. — Dans l'ensemble, diminution modérée. Affectivité exagérée depuis sa maladie.

Sensibilité. — Hémianesthésie au pinceau sur toute la moitié droite du corps, face comprise.

L'hémianesthésie prédomine sur le membre supérieur, elle est encore marquée au niveaa du membre inférieur. A la face. par contre, elle est légère, et assez souvant la malade annonce les touches.

Même topographie pour la chaleur et la piqûre — mais la piqûre est perçue au niveau de la face.

L'hémianesthésie n'attend pas tout a fait la ligne médiane.

Notion de position altérée au membre supérieur, paraît a peu près conservée au membre inférieur.

Sensibilité osseuse au diapason, peu touchée saûf au membre supérieur.

Sens stéréognostique aboli à droite.

Sensorialité. — La malade entend bien, pas d'Hémianopsie.

OBSERVATION VI

Grosse Hémiplégie. — Aphasie de Broca très marquée. — Hémianesthésie atteignant uniquement le membre supérieur. — Pas d'Hémianopsie.

B..., 65 ans, domestique.

Début par ictus, avec perte de connaissance, il y a maintenant 15 ans. L'aphasie d'abord totale, s'est améliorée quelque peu par la suite. Elle sst encore aujourd'hui très marquée.

Pas de syphilis avancée. — Retrécissement mitral pur.

Etat actuel de l'hémiplégie :

Grosse hémiplégie droite avec contracture.

Bras contracturé en flexion, main close.

Jambe contracturée en extension.

La malade marche en fauchant.

La diminution de la force, marquée au niveau du membre inférieur, l'est encore davantage au niveau du membre supérieur, plus spécialement de l'avant-bras et de la main dont les mouvements volontaires sont presque impossibles.

Les mouvements de l'épaule se font mieux.

Le réflexe rotulien fort à gauche est très fort à droite.

Réflexe achilléen exagéré du côté droit.

Réflexes radiaux forts des 2 côtés, mais beaucoup plus fort à droite.

Signe de Babinski positif à droite, douteux à gauche.

Phénomène des raccourcisseurs du côté droit seulement.

Clonus du pied du même côté.

Etat de l'aphasie.

Compréhension de la parole. — Les ordres simples, ouvrez la bouche, fermez les yeux sont compris.

Les ordres à demi compliqués : mettez la main sur la tête, mettez la main sur votre nez, sont le plus souvent compris, mais souvent aussi non exécutés.

Les ordres compliqués : Prenez votre nez entre 2 doigts de votre main gauche etc., ne sont jamais compris.

Epreuve des trois papiers. Non exécutée. La malade dit : je ne peux pas.

Parole spontanée. — Vocubulaire habituel limité à quelques phrases. Bonjour, oui, non, j'peux pas dire.

Mais est capable de nommer un certain nombre d'objets usuels : une clef, une montre.

D'autres, il est vrai, ne sont pas nommés et la malade s'irrite.

Les mots prononcés le sont avec dysarthrie.

La malade prononce avec effort quelques phrases simples.

Intoxication par le mot dans l'épreuve des mots en série (mois, jours de la semaine).

Parole répétée. — Médiocre.

Répète de temps en temps, avec effort et dysarthrie les phrases simples. Plus souvent échoue, et alors s'irrite et dit : Mon dieu, mon dieu, j'peux pas dire.

Lecture. — Sensiblement nul. Reconnaît quelques lettres isolées.

Ecriture. — Nulle. — La malade se refuse à essayer

Calcul. — Nul. Même observation.

Etat intellectuel. — Diminution intellectuelle sur les choses apprises (Grosses notions de géographie, dates récentes, calcul) et même sur les choses personnelles. Dans l'ensemble cependant relativement conservée.

Sensibilité. — Hémianesthésie droite au pinceau n'atteignant que le membre supérieur et une partie du tronc.

La face est respectée.

Le membre inférieur aussi.

Au niveau du tronc, l'hemihypoesthésie remonte jusqu'au niveau du cou et descend jusqu'à la taille, elle n'atteint pas la ligne médiane dont elle reste séparée par un assez large intervalle.

Elle va décroissant de la partie externe vers la partie moyenne du corps.

De même il y a transition progressive aux confins des zones sensibles et des zones qui ne le sont pas.

La topographie est la même à la douleur, moins étendue à la piqûre qui est souvent ferme même au membre supérieur.

Notion de position peu touchée, sensibilité osseuse au diapason conservée.

Sens stereognostique aboli du côté droit.

Sensorialité. — La malade entend bien, pas d'hémianopsie.

Observations extraites du travail de M. Foix

(résumées)

OBSERVATION I

Vuill., 63 ans.

Hémiplégie droite avec aphasie en 1890 (il y a 20 ans)

Membre inférieur raide, membre supérieur contracturé en flexion, main fermée.

Réflexes tendineux exagérés à droite.

Signe de Babinski.

Retrait réflexe de la jambe par flexion jouée des orteils.

Pas de clonus. Pas d'hémianopsie.

Aphasie de Broca ; cependant vocabulaire relativement assez étendu ; compte jusqu'à 20, dit les jours de la semaine, mais est incapable de nommer les objets, de faire une addition. Ne comprend que les ordres très simples.

Ecrit spontanément son nom, mais rien autre chose.

Est capable de copier, et en copiant de transposer l'imprimé en cursive.

Troubles de la sensibilité tactile atteignant le côté droit, face, membre supérieur, membre inférieur et tronc. Le contact du pinceau n'est pas senti. La sensibilité à la piqûre est également touchée dans les mêmes zones, ainsi que la sensibilité thermique. Astéréognosie complète. Rien au diapason. Recherche des notions de poids et de position impossibie. Pas d'erreurs nettes de localisation.

OBSERVATION II

J. P..., 47 ans, marchand de vins.

Syphilis probable. Autrefois traitement mercuriel.

Hémiplégie droite avec aphasie en 1904 (il y a 6 ans).

Membre inférieur contracturé, bras contracturé en flexion, mais peut étendre le bras volontairement.

Mouvements de la main relativement assez libres.

A droite, réflexes tendineux exagérés.

Signe de Babinski.

Retrait réflexe de la jambe par flexion forcée des orteils.

Aphasie de Broca, dit quelques mots : oui, non, Genlin (son pays), compte jusqu'à 10.

Comprend les ordres très simples, mais ne comprend pas dès que l'on passe aux ordres compliqués.

Alexie, Agraphie.

Pas d'hémianopsie.

Douleurs du côté droit, pas de choréo-ataxie.

Troubles de la sensibilité tactile frappant le côté droit. (Face respectée.) Le contact du pinceau n'est pas perçu. La sensibilité à la piqûre est également diminuée dans les mêmes zones, mais moins. Il en est de même de la sensibilité thermique. Astéréognosie complète. Rien au diapason. Pas de troubles nets de la notion de position. Pas d'erreurs nettes de localisation.

OBSERVATION III

Mar..., 32 ans.

Syphilis à 23 ans.

Hémiplégie droite avec aphasie 3 ans après, il a actuellement 6 ans.

Raideur marquée de la jambe, bras contracturé en flexion, main fermée.

A droite, réflexes tendineux exagérés.

Signe de Babinski.

Retrait réflexe de la jambe par flexion forcée des orteils.

Aphasie de Broca, dit uniquement non. Comprend bien les ordres simples, se trompe dans les ordres compliqués, est capable de copier et de transposer l'imprimé en cursive.

Alexie, agraphie.

Hémianopsie droite, pas de douleurs, pas de choréo-ataxie.

Trouble de la sensibilité tactile frappant le côté droit, mais surtout le membre supérieur et le tronc. Face respectée, hypoesthésie du membre inférieur, diminuant de l'aine au pied, qui est indemne. Troubles des sensibilités thermique et douloureuse, moins marqués mais de localisations identiques. Sensibilité osseuse au diapason intacte. Astéréognosie absolue. Quelques troubles de la notion de position, quelques erreurs de localisation à la main. On lui prend un doigt, il ne peut indiquer lequel.

OBSERVATION IV

Ant, J..., 64 ans, courtier en grains.

Hémiplégie droite avec aphasie en 1901 (il y a 9 ans).

Raidenr de la jambe droite, bras un peu raide, mais mouvements possibles.

A droite, rèflexes tendineux exagérés.

Signe de Babiinski.

Retrait réflexe de la jambe par flexion forcée des orteils.

Aphasie de Broca dit uniquement : oui, oui, ah ! non non.

Comprend seulement les ordres très simples.

Alexie.

Agraphie, il écrit pourtant d'une belle écriture le nom de sa femme, sa rue, son commerce.

Il dessine l'imprimé en imprimé.

Pas d'hémianopsie.

Troubles de la sensibilitè tactile frappant le côté droit du corps, face, membre supérieur, tronc, et seulement la partie supérieure du membre inférieur. Troubles de la sensibilité à la piqûre beaucoup moins nets dans les mêmes zones. Au membre inférieur l'anesthésie va diminuant de la racine du membre au pied qui est respecté. Sensibilité au diapason intacte. Pas de troubles nets de la notion de position (examen difficile. Pas d'erreurs de localisation.

Astéréognosie complète.

OBSERVATION V

Dup..., âgé de 57 ans.

Hémiplégie droite avec aphasie depuis 1908 (il y a 2 ans seulement).

Syphilis avouée.

Raideur de la jambe droite.

Le bras droit est contracturé en flezion. La main close.

A droite réflexes tendineux très exagérés.

Signe de Babinski.

Clonus du pied.

Retrait réflexed u membre inférieur par flexion forcée des orteils.

A gauche, signe de Babinski.

Aphasie avec troubles intellectiels trèc marquées.

Il ne comprend bien que : « Tirez la langue. »

Les autres ordres ne sont pas exéentés.

Alexie et agraphie complètes.

Hémianopsie impossible à rechercher.

Troubles de la sensibilité au tact à la piqûre frappant le côté droit du corps : face, membre supérieur, membre inférieur et tronc. Le malade porte la main chaque fois qu'on le touche du côté sain, jamais du coté malade. Sensibilité à la chaleur, notion de position, sens stéréognostique impossibles à rechercher.

Décès en juin 1910.

A l'autopsie, large ramolissement cortical et sous-cortical atteignant les circonvolutions rolandiques (segment inférieur),le centre de Wernicke, l'insula, la III^e^ frontale. Les noyaux gris et le *thalamus* sont *indemnes.*

OBSERVATION VI

G. Foub..., 28 ans.

Hémiplégie droite avec aphasie depuis 5 ans.

Pas de syphilis, maladie initiale.

A droite, réflexes tendineux exagérés.

Signe de Babinski.

Clonus très marqué.

Retrait réflexe du membre inférieur par flexion forcée des orteils.

Aphasie de Broca, mais bonne rééducation.

En outre, dysarthrie marquée.

Comprend les ordres même compliqués, mais s'embrouille dans l'épreuve des trois papiers.

Alexie, agraphie.

Pas d'hémianopsie. Pas de douleurs, pas de choréo-ataxie.

Troubles de la sensibilité tactile frappant le côté droit du corps, sauf la face. Le pinceau n'est pas senti. Le pied est moins touché que la cuisse. Troubles des sensibilités thermiques et douloureuses moins marqués et de topographie plus restreinte. Pas de troubles de la sensibilité osseuse au diapason. Pas de troubles de la notion de position, ni d'erreurs de localisation.

Astéréognosie absolue.

OBSERVATION VII

Bur..., 70 ans.

Hémiplégie droite avec aphasie datant de 1889 (29 ans).

Membre supérieur contracturé en flexion.

Membre inférieur peu touché.

Face non déviée.

Depuis 3 ou 4 ans, phénomènes pseudo-bulbaires. (Rire spasmodique.)

Troubles intellectuels très marqués.

A droite, exagération des réflexes tendineux.

Signe de Babinski.

Clonus du pied.

Retrait réflexe du membre inférieur par flexion forcée des orteils.

A gauche, réflexe cutané plantaire en flexion.

Réflexes tendineux vifs.

Le malade dit quelques mots, est capable de nommer la plupart des objets simples, mais non les objets plus rares ou de nom un peu long.

Il dit fréquemment une lettre pour une autre. Il comprend les ordres simples, mais non les ordres compliqués.

Alexie complète, ne peut lire un seul mot.

Ecrit son nom et c'est tout, recopie en dessinant.

Trouble de la sensibilité au tact au niveau du membre supérieur seulement. Hypoesthésie à la piqûre dans la même zone. Sens stéréognostique aboli. Pas de troubles de la sensibilité au diapason, ni de la notion de position.

Pas d'hémianopsie. Sensibilité thermique impossible à rechercher.

OBSERVATION VIII

Aug. Lef..., 50 ans.

Hémiplégie droite avec aphasie en 1902 (il y a 8 ans).

Membre inferieur raide, membre supérieur contracturé en flexion, main close, bouche déviée au repos.

A droite, réflexes tendineux exagérés.

Signe de Babinski, signe de Mendel.

Clonus.

Retrait réflexe du membre inférieur par flexion forcée des orteils.

Aphasie de Broca. Vocabulaire limité à quelque mots: ah, bi bi (ah, oui, oui), qou-tou-ta-tiza, non, non.

Comprend bien les ordres simples s'embrouille dans les ordre, reconnait bien les objets.

Alexie, agraphie.

Pas d'hémianopsie.

Se plaint de douleurs dans la jambe et le bras droit.

Pas de mouvements choréo-ataxiques.

Troubles de la sensibilité tactile frappant tout le côté droit du corps. La face est moins touchéeque le reste du corps. Troubles de la sensibilité à la piqûre de même topographie mais moins marqués. Sensibilité osseuse au diapason intacte. Sens thermique touché à la main seulement. Pas de trouble des notions de position et de poids.

Astéreognosie absolue.

OBSERVATION IX

Humb..., 66 ans.

Hémiplégie droite avec aphasie.

Membre inférieur raide, le membre supérieur contracturé en flexion, la main close.

A droite, réflexes tendineux exagérés.

Signe de Babinski.

Retrait réflexe du membre inférieur par flexion forcée des orteils.

Hémianopsie. Dans les derniers temps cécité cortale.

Le malade se plaint constamment de douleurs très vives dans le côté hémiplégique.

Pas de choréo-ataxie.

Aphasie de Broca, dit oui, oui, S'exprime par gestes.

Comprend les ordres très simple. Ne comprend pas les ordres un peu compliqués.

Alexie, agraphie absolue.

Troubles de la sensibilité frappant le membre supérieur droit, la moitié droite du tronc, la cuisse droite, respectant le pied et décroissant de la racine de la cuisse, au genou, la face est respectée. Sens stéréognostique aboli Sensibilité à la piqûre troublée dans les même zones. Sens thermique, sens des attitudes impossible à rechercher. Sensibilité au diapason paraît intacte.

Décès en 1910.

A l'autopsie, grand ramollissement cortical, atteignant la frontale ascendante, l'insula, la partie inférieure du lobe pariétal, le lobe occipital (côté externe), la 1re temporale, le centre de Wernicke, le pli courbe et le gyrus supra-marginalis. Les fibres de projection de la frontale ascendante et probablement de la 3e frontale sont coupées. Les noyaux gris et particulièrement le *thatamas* sont complètement *indemnes.*

OBSERVATION X

Vaill..., 49 ans.

Hémiplégie droite avec aphasie remontant à 15 ans environ.

Membre supérieur contracturé en flexion, main close — mais les mouvements restent possibles dans une certaine mesure.

Membre inférieur raide, face non déviée au repos.

A droite, réflexes tendineux très exagérés.

Signe de Babinski.

Clonus du pied.

Retrait réflexe du membre inférieur par flexion forcée des orteils.

Pas d'hémianopsie.

Pas de douleurs, ni de mouvements spontanés dans le côté hémiplégique.

Aphasie de Broca. Le malade dit : oui, oui ! ah, oui-non, bonjour, et c'est tout. Comprend les ordres simples, s'embrouille dans les ordres un peu compliqués.

Compte jusqu'à 10.

Cécité verbale complète. Agraphie à peu près complète également.

Troubles de la sensibilité au tact frappant tout le côté droit du corps. A la piqûre, la face paraît relativement indemne. Perte absolue du sens stéréognostique à droite. Pas de troubles de la sensibilité vibratoire au diapason. Sensibilité thermique, notion de positions impossibles à rechercher.

Observations résumées dans la thèse de M. Long

OBSERVATION I

M..., 58 ans, mendiant. Aveugle par ophtalmie purulente depuis l'âge de 23 ans.

Tombe malade le 13 juin. Observé le 17.

Hémiplégie droite légère (malade pouvant manger de la main droite).

Aphasie presque totale. Le malade dit : oui, non, jamais.

Sensibilité. — Contact : Diminution sur le côté droit, sauf à la face. Hyperalgésie généralisée moins marquée à droite. Thermique : hypoesthésie à droite. Notion de position paraît bonne. Pas de troubles de localisation.

Pas de troubles sensoriels.

Un an après, amélioration des phénomènes aphasiques. Les troubles de la sensibilité persistent.

OBSERVATION II

Cécile F..., 27 ans.

Rétrécissement mitral.

Hémiplégie droite avec aphasie en 1894. Deux ans après, l'hémiplégie droite persiste. Aphasie considérablement améliorée.

Sensibilité. — Hypoesthésie du côté droit.

Contact. — Pas de perception, au niveau de la main, d'un contact léger. Diminution simple sur le reste du côté droit. Sensibilité douloureuse normale. Quelques troubles de la sensibilité thermique. Localisation exacte, sauf à la main.

Notion de position conservée.

Pas de troubles sensoriels.

OBSERVATION III

Adèle B..., 27 ans, batteuse d'or. Hémiplégie droite avec aphasie depuis trois ans. Aphasie améliorée partiellement.

Sensibilité. — Contact : Pas de perception au niveau du membre supérieur. Diminution simple de la perception au niveau du membre inférieur et du tronc.

Sensibilité thermique et douloureuse beaucoup moins touchée, surtout pour la sensibilité douloureuse.

Notion de position relativement conservée mais quelques erreurs.

Nombreuses erreurs de localisation

Pas de troubles sensoriels.

OBSERVATION IV

Georges M..., 25 ans, caoutchoutier. Hémiplégie droite avec aphasie depuis trois ans, respectant à peu près complètement la face. Aphasie presque totale. Le malade dit oui et non.

Pas de surdité verbale.

Cecité verbale.

Sensibilité tactile. — Abolie sur toute la moitié du corps y compris la moitié de la face et la moitié droite de la bouche.

Sensibilité douloureuse. — Hémianesthésie moins complète qu'au tact, mais marquée. De même pour la sensibilité thermique.

L'intensité de l'hémianesthésie empêche l'étude de la localisation.

Notion de position, assez bonne. Le malade retrouve sa main dans les diverses positions qu'on lui donne.

Hémianopsie latérale droite.

Pas d'autres troubles sensoriels constatables.

OBSERVATION V

C..., 33 ans. Hémiplégie droite à la suite d'une trépanation pour abcès cérébral.

5 ans après, hémiplégie droite avec aphasie presque totale.

Pas de surdité verbale.

Sensibilité. — Contact. Diminution légère du côté droit avec retard de la perception.

Sensibilité douloureuse. — Diminution analogue de la sensibilité douloureuse.

Sensibilité thermique diminuée également surtout pour la chaleur.

Localisation cutanée, très affaiblie du côté droit avec écarts considérables.

Notion de position, assez peu altérée.

Pas d'hémianopsie.

Pas de troubles sensoriels notables.

OBSERVATION VI

Esther P..., 65 ans, couturière. Hémiplégie droite et aphasie depuis 6 ans. Amélioration de l'aphasie 6 mois après. Actuellement presque complètement guérie. Hémiplégie droite peu améliorée.

Sensibilité. Contact léger perdu du côté droit, prédominant sur les extrémités des membres surtout l'avant-bras et la main.

Sensibilité douloureuse. Diminuée également.

Sensibilité thermique. Troubles peu marqués surtout pour la chaleur.

Notion de position conservée.

Pas de troubles de localisation.

Pas de troubles sensoriels dépendant de l'émiplégie.

OBSERVATION VII

P..., 77 ans. Aphasique depuis 30 ans.

Aphasie presque complète. La malade ne dit que oui et non.

Pas de surdité verbale.

Cécité verbale.

Déficit intellectuel considérable.

Hémiplégie droite très marquée. La malade est confinée au lit.

Sensibilité. — Tactile : très altérée du côté droit. Elle paraît abolie, tandis qu'elle est nettement conservée du côté gauche.

Sensibilité douloureuse. Ne semble pas très affaiblie à droite.

Sensibilité thermique diminuée.

Examen de la localisation cutanée du sens musculaire et des sens spéciaux, impossible.

OBSERVATION VIII

Henry L..., 45 ans, journalier.

Hémiplégie droite avec aphasie, deux ans après une infection syphilitique. Cette hémiplégie s'améliore rapidement.

15 ans après, nouvelle attaque d'émiplégie droite avec aphasie. L'aphasie commence à s'améliorer au bout de trois mois. Le malade ne peut à nouveau se lever qu'au bout de 6.

6 ans après cette dernière attaque, hémiplégie droite sans contracture. Bras droit inerte et flasque. Le malade marche en traînant la jambe. Réflexe rotulien aboli dé ce côté.

Face non paralysée.

Aphasie très améliorée bien que le malade cherche parfois ses mots.

Ecriture possible de la main gauche, spontanément et sous dictée.

Sensibilité tactile. Abolie sur la moitié droite du corps. Moins complète au niveau de la ligne médiane.

Hypoesthésie simple sur le cou et la face avec insensibilité de la cornée, mais conservation de la sensibilité des muqueuses bucale et linguale.

Sensibilité douloureuse. Abolie sur les membres, légèrement diminuée sur le tronc, le cou et la face.

Sensibilité thermique. Abolie sur les membres, légè-

rement diminuée sur le tronc, le cou et la face.

Localisation cutanée. Abolie sur les membres, assez bonne au niveau du thorax.

Notion de position. Très affaiblie pour le côté droit.

Sensorialité. Pos d'hémianopsie, mais rétrécissement du champ visuel.

Ouïe, abolie à droite pour la montre, bien que le malade entende de cette oreille quand on lui parle.

Goût conservé avec olfaction diminuée des deux côtés M. Long croit à la nature hystérique des troubles chez ce malade ce qui paroît au moins douteux, étant donné l'abolition du réflexe rotulien, la prédominance des troubles sensitifs sur les membres par rapport au tronc, l'association de phénomènes aphasiques).

OBSERVATION IX

Angélique R. 59 ans. Hémiplégie droite aveo aphasie il y a trois ans.

Amélioration considérable de l'aphasie.

Amélioration relative de l'hémiplégie droite.

Sensibilité au contact, légère diminution du côté droit sauf la face, sans erreur de localisation.

Sensibilité douloureuse, diminuée sur le côté droit du corps sauf la face.

Peu de troubles de la sensibilité thermique, sens musculaire et notion de position conservée.

Pas de troubles sensoriels, sauf une légère diminution de l'ouïe.

OBSERVATION X

Rasalie V. 48 ans journalière.

Hémiplégie droite avec aphasie totale depuis 6 ans.

Amélioration partielle de l'aphasie.

Sensibilité au contact, diminution légère du côté droit, avec retard de la perception.

Sensibilité douloureuse, diminution analogue.

Sensibilité thermique, diminuée également, surtout pour la chaleur.

Localisation cutanée, très affaiblie du côté droit, avec écarts considérables.

Notion de position également très altérée.

Pas d'hémianopsie, pas de troubles sensoriels notables.

OBSERVATION XI

Adèle P. 46 ans lingère, hémiplégie droite et aphasie à l'occasion d'un accouchement.

Aphasie motrice presque complète.

Pas de surdité verbale.

Cécité verbale légère.

Hémiplégie droite marquée.

Sensibilité tactile.

Hypoesthésie sur le coté droit du corps y compris la face et la cavité buccale.

Sensibilité douloureuse diminuée également.

Sensibilité thermiqne diminuée également même a la face.

Localisation cutanée, imparfaite.

Notion de position du bras presque abolie.

Pas de troubles sensoriels, attribuables à l'hémiplégie.

OBSERVATION XII.

Irma P. 46 ans.

Frappée il y a 19 ans d'hémiplégie droite avec aphasie.

Au baut de deux ans guérison de l'aphasie.

Observée à cette époque par M. Déjerine elle n'aurait pas présenté d'hémianesthésie. 17 ans après et 19 ans après le début de lhémiplégie grosse hémiplégie, améliorée cependant au niveau des membres inférieur.

On note une atrophie très marquée du membre supérieur droit, avec amaigrissement simple sans atrophie membre inférieur.

En outre la malade accuse des douleurs le long des nerfs du membre supérieur.

Sensibilité. Contact presque complètement aboli sur toute la moitié droite du corps sauf à la face.

Il existe du côté gauche un peu d'affaiblissement de la sensibilité au niveau du thorax.

Sensibilité douloureuse, abolie sur la moitié droite du corps sauf à la face, au cou et sur les bras.

Légère diminution au niveau de la même zone du côté gauche.

Sensibilité thermique, abolie à droite sur la face postérieure du tronc, pas de troubles du côté gauche.

Localisation cutanée très imparfaite pour le bras droit.

Notion de position également altérée (la malade couchée, ignrrerait la position de son bras).

Troubles sensoriels, pas de troubles de la vue.

Ouïe et odorat diminués des deux côtés.

Gustation diminuée à droite.

OBSERVATION XIII

Augustin L..., 58 ans. Hémiplégie droite avec aphasie il y a 19 ans.

Depuis lors, hémiplégie persistante avec contracture en flexion de la main, marche en fauchant.

Sensibilité tactile, diminuée du côté droit. Très légèrement au membre inférieur et sur le tronc beaucoup plus, au niveau du membre supérieur. Dans ces régions le contact n'est pas perçu.

Sensibilité douloureuse : diminution simple, plus marquée à la racine qu'à l'extrémité des membres.

Sensibilité thermique, bonne pour le froid, mais la chaleur est bien moins perçue que du côté gauche.

Localisation cutanée exacte.

Notion de position, difficile à examiner en raison de l'état mental du malade.

Troubles sensoriels difficiles à examiner pour la même raison.

Il ne semble pas y avoir de rétrécissement du champ visuel.

CONCLUSIONS

I. L'hémiplégie droite avec aphasie s'accompagne volontiers d'hémianesthésie.

II. On peut estimer la fréquence de cette association aux 2/3 environ des cas.

III. Elle se rencontre surtout au cours de l'aphasie de Broca et particulièrement au cas d'aphasie persistante.

Dans le cas d'aphasie légère et rapidement transitoire, elle manque le plus souvent.

IV. Cette hémianesthésie est une hémianesthésie modérée, mais persistante. Nous l'avons observée, ainsi que M. Foix, 10 et 30 ans après le début des accidents. Dans un cas observé deux fois à 16 ans d'intervalle, elle était demeurée semblable à elle-même.

V. Cette hémianesthésie peut s'étendre à toute la moitié du corps. Dans la moitié des cas, elle respecte la face. Elle peut aussi respecter le membre infé-

rieur et ne frapper que le membre supérieur, donnant un type monoplégique.

VI. Elle présente les caractères des hémianesthésies d'origine cérébrale. Elle est modérée, doit être recherchée au pinceau, prédomine sur les membres, et va croissant de leur racine à leur extrémité.

VII. Cette dernière règle ne souffre pas d'exception pour le membre supérieur. Elle est au contraire fréquemment en défaut pour le membre inférieur. L'on voit alors l'hypoesthésie atteindre la racine du membre et respecter la jambe et le pied. Peut-être cette disposition est-elle dûe au siège de la lésion qui respecte le lobule paracentral et respecterait également, dans ce cas, ses fibres de projection.

VIII Tous les modes de la sensibilité sont plus ou moins touchés en pareil cas. La sensibilité tactile est cependant presque toujours la plus touchée. La sensibilité douloureuse et thermique le sont ordinairement moins, ainsi que la sensibilité profonde qui nous a paru, dans quelques cas, respectée.

IX. La fréquence relative de cette association de l'hémianesthésie et de l'hémiplégie droite avec aphasie, s'explique par le siège, l'étendue et profondeur du foyer cortical qui détermine l'aphasie de Broca. Elle rentre dans le cadre de l'hémianesthésie d'origine corticale dont l'existence a été démontrée par Tripier.

X. Elle présente une importance théorique pour le diagnostic du siège de la lésion, puisque les travaux

de Grünbaum et Sherrington; Brodman, Vogt, etc. ont montrée que les centres sensitifs siégeaient en arrière des centres moteurs et plus spécialement dans la pariétale ascendante. La constatation de l'hémianesthésie permet donc d'affirmer l'atteinte de cette dernière circonvolution et, par conséquent, l'atteinte vraisemblable des centres pariétaux, tout proches.

Vu : *Le Président de thèse*,
ACHARD

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Aba. — Etude clinique des troubles de la sensibilité générale et des sens musculaire et stéréognostique dans l'hémiplégie de cause cérébrale. Thèse de Paris, 1896.

Babinski. — Anesthésie organique, ses modalités suivant la hauteur que la lésion occupe dans la voie sensitive. Académie de médecine, 20 avril 1909.

Ballet Gilbert — Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau. Thèse de Paris, 1881.

Ballet Gilbert et Laignel-Lavastine. — Traité Brouadel et Gilbert. Article aphasie.

Bonhœffer. — Ueber das Verhalten der sensibilitat bei Hinrinden Lasionen. Deutsches Zeitschrift fur Nervenheilkunde, 1904. Bd xxvi.

Bourdicaud-Dumay. — Recherches cliniques sur les

troubles de la sensibilité générale, du sens musculaire et du sens stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale. Thèse de Paris, 1897.

Brégy. — Les troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie d'origine cérébrale. Thèse de Paris, 1903.

Brissaud. — Les troubles de la sensibilité dans les hémiplégies d'origine corticale. Leçons sur les maladies du système nerveux, 1895. Tome I.

Brissaud et Souques — Traité Charcot, Bouchard, Brissaud. Article aphasie.

Brodman. — Principes des localisations de l'écorce cérébrale basées sur la structure cellulaire. Leipzig, 1909.

Campbell. — Histological studies ou the localisation of cérébral fonction. Leipzig, 1900.

Charcot. — Leçons sur les maladies du système nerveux.

Dana. — The cortical representation of the cutaneons sensations. The journal of nervous and mental. Diseases, décembre 1894.

Dejerine. — Traité de pathologie générale de Bouchard. tome v.

— Anatomie des centres nerveux, 1899.

— Contribution à l'étude des localisations sensitives de l'écorce, etc. Revue neurologique, 1893, p. 50.

— De l'hémianesthésie d'origine cérébrale. Semaine médicale, 1899.

Dejerine et Long. — Sur la localisation dans l'hémianesthésie d'origine capsulaire. Soc. de Biologie, 1898, p. 1131.

Dejerine et Roussy. — Le syndrome thalamique. Revue neurologique, 1906, p. 351.

Egger. — La fonction gnosique. — Revue Neurologique 1907, p. 420.

Foix. — Les troubles sensitifs au cours de l'hémiplégie-aphasie. — Revue Neurologique 1911, n° 2.

Fritsch et Hitzig. — Archiv. fur. Anatomie and Physiologie 1870. Heft. III.

Grunbaun et Sherrington. — Proccedings of. the royal Society of. London 1901, vol. LXIX p. 206.

Henschen. — Klinische und anatomische Beitrage zur pathologie des gehirns, 1890-1903.

Lafforgue. — Etude sur les rapports des lésions de la couche optique avec l'hémianesthésie d'origine cérébrale. — Thèse de Paris, 1877.

Lépine. — De la localisation dans les maladies cérébrales. — Thèse d'agrégation 1873.

Long. — Les voies centrales de la sensibilité générale. — Thèse de Paris, 1894.

Marie (Pierre). — Hémiplégie : Sensibilité in Traité de médecine Brouardel et Gilbert.

— La 3e circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage. (Semaine Médicale), 23 mai 1906.

— Que faut-il penser des aphasies sous corticales (aphasies pures). « Semaine Médicale », 17 octobre 1906.

— L'aphasie de 1861 à 1866. — « Semaine Médicale », 28 novembre 1906.

— Sur la fonction du langage. « Revue de philosophie) 1er mars 1907.

Moutier. — L'aphasie de Broca. Thèse de Paris 1908.

Monakoff. — Gehirns Pathologie 1905. T. II.

Muller. — Ueber Storungen de Sensibilitat bei Erkrankungen des Gehirns.

Volkmanns — Sammml ung klinischer Voitrage 1905.

Munk. — Ueber die functionnen der Grosshirninde 1881.

Pitres. — Sur l'hémianesthésie d'origine cérébrale et sur les troubles de la vue qui l'accompagnent. Gazette médicale de Paris 1876 p. 362.

Ramon y Cajal. — Studien ueber die Hirnrinden des Menschens. Leipzig 1900.

Raymond. — Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptômatiques. Thèse de Paris 1876.

Raymond et Egger. — Un cas d'aphasie tactile. Revue Neurologique 1906 p. 371.

Redlich. — Ueber storungen der Muskelsinnes und der stereohnotis chensinnes bei der cérébralen hémplégie Wiene klinische Wochenschrift 1893.

Rendu. — Des anesthésies spontanées. Thèse d'agrégation 1875.

Rossi et Roussy. — Contribution anatomo-pathologique à l'étude des localisations motrices corticales. Revue Neurologique 1907 p. 785.

Roussy. — La couche optique : Le Sydrome thalamique Thèse de Paris 1907 et Semaine Médicale 1907, p. 213.

Sachs. — Vortrage ueber Bau und Thatigl eit des grosshirns 1893.

Société de neurologie. — Discussion sur l'aphasie, in. Revue neurologique, 1908.

Tripier. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'anesthésie produite par lésion des circonvolutions cérébrales. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1880, iv, p. 19.

Verger. — Des anesthésies consécutives aux lésions de la zone motrice. Thèse de Bordeaux, 1897.

Veyssière. — Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale. Thèse de Paris, 1874.

Virenque. — De l'hémianesthésie. Thèse de Paris, 1894

Wernicke. — Zwei Falle von Rindenlasion. Arbeit aus des Psychiatrichen Klinick in Breslau 1895, Heft. II.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — *Rue Monsieur-le-Prince* — 26
PARIS (VI^e^)